FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930 N° 1

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

MULLER Ivan André

né à Barr (Bas-Rhin), le 19 Août 1900.

Hystérie et Simulation

Président : M. CHAVIGNY, Professeur.

STRASBOURG
IMPRIMERIE SPÉCIALE
1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930 N°

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

MULLER Ivan André

né à Barr (Bas-Rhin), le 19 Août 1900.

Hystérie et Simulation

Président : M CHAVIGNY, Professeur.

STRASBOURG
IMPRIMERIE SPÉCIALE
1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen . . . . . MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Assesseur . . . . . MERKLEN ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie	FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie	SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique	N .
Chimie biologique	NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique	MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	AMBARD ✻ ✪
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✻ ✪ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ ✪ I. BLUM Léon O. ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique	WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ✪ A.
Clinique infantile	ROHMER ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ✪ A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✪ A.
BELLOCQ ✪ I.
BOEZ ✪ I.
MM. FONTÈS ✪ A.
GÉRY ✪ A.
SCHWARTZ ✪ A.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. BLUM (Paul) ✪ I.
GELMA ✪ A.
GUNSETT ✻ ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.
HUMBERT ✻ ✪ A.
MM. KELLER ✪ A.
LARROUSSE
SIMON ✻
VAUCHER ✪ A.
WEISS A.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrais à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesse! Que je sois couvert d'approbre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur P. CHAVIGNY

Professeur à la Faculté de Médecine
de Strasbourg

En témoignage de ma vive reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548014_0007

A travers des siècles les malades ne changent pas; ce qui change, c'est notre façon de les interpréter.

Ayant à traiter « Hystérie et Simulation », nous allons d'abord présenter un court historique de l'un et de l'autre.

CHAPITRE PREMIER

A

Historique de la Simulation

Il y a eu une période qui fut celle de Boisseau (Traité des Maladies Simulées 1870), de Tommelini 1875, de Derblich 1883, etc., où la Simulation fut simplement jugée au point de vue organique, et tout ce qui ne se manifestait pas par des signes objectifs était Simulation.

Une deuxième phase est due à l'étude de Chavigny : Diagnostic des Maladies Simulées, 1907. Nous en trouvons mention dans Sand (La Simulation et l'Interprétation des Accidents de Travail 1907), dont nous extrayons ce passage :

« Parmi les ouvrages exclusivement consacrés à la simulation, le seul dont nous puissions recommander l'étude est celui de Chavigny; tous les autres, dont on trouvera les titres in fine à la Bibliographie, ne tenant aucun compte des affections fonctionnelles, sont en partie inconciliables avec nos connaissances actuelles. »

Dans cette étude est en effet apparue la notion qu'il fallait faire le diagnostic entre la Simulation et l'Hystérie; les malades qui avaient été autrefois convaincus de simulation étaient très souvent des hystériques avec tous les symptômes de la description de Charcot.

La troisième phase est celle à laquelle Babinski a donné son nom. Babinski mélange et met sur le même plan Hystérie et Simulation, à tel point que les médecins à l'heure actuelle n'osent plus porter le diagnostic d'hystérie.

B

Historique de l'Hystérie avant Babinski

L'histoire de l'Hystérie est très ancienne et il nous suffira d'évoquer le souvenir de la Pythie de Delphes, des démoniaques et sorcières du moyen-âge, des convulsivants du cimetière Saint-Médard, etc., etc.

Interprétations.

Le mot Hystérie qui signifie utérus nous montre bien quel a été pendant longtemps l'organe mis en cause et incriminé de provoquer certaines manifestations maladives.

Charcot, anatomo-pathologiste, nullement neurologue ni psychiâtre, a simplement fait la description de l'Hystérie; il n'en a pas bâti une théorie; il a maîtrement observé en excellent clinicien et en grand artiste.

Doctrine sur l'Hystérie avant Babinski

il n'en a pas bâti une théorie ; il a magistralement observé en dres de troubles bien distincts :

Les uns appelés stigmates et se retrouvant de façon permanente, les autres variables et de nature transitoire, pouvant être provoqués ou supprimés par des manœuvres externes ou des causes purement psychiques. Ni les uns, ni les autres ne déterminent des désordres graves dans la nutrition générale et dans l'état mental des sujets. Parmi les accidents hystériques, certains, de par les caractères qui leur sont propres, permettent à l'observateur de conclure à coup sûr à cette affection. Prenons ici comme exemple la « grande

attaque » magistralement décrite par Charcot et ses élèves. Elle comporte quatre périodes :

la période épileptoïde,
la période des contorsions et des grands mouvements,
la période des attitudes passionnelles,
la période du délire.

Plus communes que ces grandes attaques sont les « petites attaques », lesquelles sont considérées comme étant des formes frustes des précédentes. Elles présentent d'innombrables variétés. Une erreur serait de les confondre avec les crises de morbus sacer. Il faut savoir qu'elles s'en distinguent en ce que le sujet qui en est atteint ne court pas le risque de s'attirer des blessures ou des contusions sérieuses, qu'elles ne se produisent jamais pendant le sommeil, n'entraînent pas le relâchement du sphincter vésical et ne produisent ni de piqueté hémorragique sous-cutané, ni d'ecchymoses sous-conjonctivales. De même elles ne sont pas suivies d'une phase d'abattement et de torpeur. L'attaque une fois passée, le sujet recouvre aussitôt sa lucidité complète. — Pour ce qui est de l'hémiplégie hystérique, Todd en a décrit le cachet tout spécial dans les termes que voici : Le malade traîne après lui le membre paralysé comme s'il s'agissait d'une pièce de matière inanimée et n'exécute aucun acte de circumduction, ne fait aucun effort d'aucune sorte pour le détacher du sol ; pendant qu'il marche, le pied balaye le sol.

— La monoplégie brachiale hystéro-traumatique observée d'abord par Charcot, est identique à celle qu'il a pu reproduire par suggestion hypnotique.

— L'hémispasme glosso-labié, dont on doit la connaissance à Charcot, Brissaud et P. Marie, peut se limiter à la langue et aux lèvres, mais parfois aussi il atteint simultané-

ment l'orbiculaire palpébral, le peaucier et les muscles du cou.

— L'astasie-abasie, étudiée particulièrement par Charcot, Richer et par Blocq, consiste en une dissociation singulière des fonctions motrices des membres inférieurs.

— Charcot a décrit et caractérisé la chorée rythmée et le mutisme hystérique.

A côté de ces accidents que seule l'hystérie est en mesure d'engendrer, il en est d'autres qui, ressemblant à diverses affections organiques, devront en être différenciés quandmême. Ici nous trouvons donc l'hystérie simulant presque toutes les maladies de par les symptômes qu'elle en emprunte et nous ne serons pas surpris de l'entendre appeler alors « la grande simulatrice. » Parmi les lésions superficielles ou profondes qu'elle peut ainsi causer, retenons : les érythèmes, phlyctènes, bulles, hémorragies, ulcérations et gangrènes de la peau, l'œdème sous-cutané, les paralysies laryngées, spasmes de la glotte, œdème de la glotte, congestions pulmonaires, hémoptysies, ulcérations gastriques, hématémèses, mélaena, de l'anurie, des hématuries, de l'albuminurie, de l'angine de poitrine, tachycardie et bradycardie et finalement même de l'hyperthermie parfois très élevée. Ainsi se présentait à nous le vaste domaine occupé par l'hystérie.

Sydenham, devant ces caractères multiples, s'était exprimé ainsi : L'hystérie imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain; car, dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie. Si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie, des symptômes qui dépendent uniquement

de l'affection hystérique. — Voyons quels étaient à cette époque les moyens dont on disposait pour, par exemple, différencier des accidents nerveux d'ordre organique de ceux d'origine hystérique. On allait à la recherche des stigmates, tels: anesthésie du fond de la gorge, hémianesthésie sensitivo-sensorielle, du « clou hystérique » de la tête. L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle consiste en une abolition des divers modes de la sensibilité générale, en une diminution unilatérale de l'acuité et des sens spéciaux, en particulier de la vision, avec rétrécissement concentrique du champ visuel, diplopie ou polyopie monoculaire et une dyschromatopsie qui, contrairement à celle rencontrée dans le tabes et dans l'alcoolisme, porterait sur le bleu et sur le violet, alors que la perception du rouge resterait normale.

Le diagnostic différentiel se faisait ainsi en procédant par élimination.

Etiologie de l'hystérie

D'après les conceptions de l'époque de Charcot elle était à ramener premièrement à l'hérédité névropathique, puis à l'action de quantité d'agents provocateurs tels : intoxications et infections, traumatismes et influences d'ordre psychique; au rôle de l'imagination, de la suggestion (Charcot, Bernheim, Janet, Strümpel, aux « représentations mentales) (Moebius.)

CHAPITRE II

Position prise par Babinski

Babinski est un neurologue. Il débute dans son étude sur l'Hystérie en approfondissant la question des paralysies hystériques; pour lui il s'agit avant tout de trouver le moyen de les différencier nettement des paralysies organiques. Nous savons en effet qu'à cette époque le diagnostic différentiel était fait uniquement de la façon que nous venons de décrire au chapitre précédent, c'est-à-dire en procédant par élimination. — Il y réussit et démontre de façon indiscutable que toute paralysie ou contracture de nature purement hystérique n'entraînait jamais une perturbation des réflexes tendineux.

L'hystérie, affirme Babinski, n'a pas d'action appréciable sur les réflexes tendineux; elle n'est pas plus en mesure de les exagérer que de les affaiblir ou de les abolir. Il en va de même des réflexes pupillaires et du réflexe pharyngien. Puis il nous indique toute une série de signes appartenant aux paralysies organiques et faisant défaut dans les paralysies hystériques. Ainsi ces symptômes neurologiques nouveaux nous permettront dorénavant de faire une séparation stricte entre ce qui est du domaine de la neurologie et de celui de la psychiatrie.

Mais, Babinski ne s'en tient pas là. Il poursuit son étude sur l'hystérie en pénétrant cette fois-ci dans le domaine de la psychiatrie. Assimilant de très près l'hystérie et la simu-

lation (pithiatisme), il fait un tableau d'analyse qui comporte les catégories suivantes :

1° simulation simple;

2° simulation pathologique ou mythomanie;

3° simulation à demi-consciente ou hystérie.

Dans ces conditions, la délimitation du groupe des phénomènes, que l'on peut indifféremment appeler hystériques ou pithiatiques, sera chose facile. Ceux-ci ont en effet des caractères qui n'appartiennent qu'à eux, dont tous les autres états morbides sont dépourvus, et qui par suite constituent les éléments de la définition de l'hystérie.

Babinski énonce cela de la façon suivante :

« L'Hystérie est un état pathologique se manifestant par des troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion, chez certains sujets, avec une exactitude parfaite et qui sont susceptibles de disparaître sous l'influence de la persuasion (contre-suggestion) seule. »

Revenant à la question des troubles trophiques et vasomoteurs, il enseigne que la suggestion n'étant pas en mesure de les reproduire, et la contre-suggestion étant sans action sur eux, ils sont à différencier du groupe des troubles hystériques. Ainsi le dermographisme — qui traduit une exagération des réflexes vaso-moteurs cutanés — puis, des réactions émotives anormalement intenses et prolongées, telles que tachycardie, érythème, hypersécrétion sudorale ou intestinale, devront ne pas y être compris. Ici, nous dit-il, les manifestations en question ne sont sous l'influence de la suggestion que de façon indirecte, car c'est par l'intermédiaire du facteur émotif qu'elles se produisent.

Suivons maintenant Babinski dans sa remarquable étude des troubles nerveux d'origine réflexe. Nous nous bor-

nerons à reproduire ses conclusions au point de vue pathogénique.

Il constate d'abord que quelques-unes des formes cliniques dénommées : main figée, main d'accoucheur et acrocontracture, présentent une très grande analogie avec les types de contracture observés dans les accès de tétanie. Dans les contractures et dans les paralysies réflexes on a observé, de même que dans la tétanie, l'exaltation de l'excitabilité mécanique des nerfs moteurs (phénomène de Chvostek), l'exaltation de l'excitabilité électrique des nerfs moteurs (phénomène d'Erb), des modifications de la réflectivité tendineuse qui est tantôt affaiblie, tantôt exagérée, des troubles vaso-moteurs et de l'atrophie musculaire. « Ces analogies entre les contractures dites réflexes et les contractures de la tétanie qui, de l'avis unanime, dépendent d'une excitation des centres nerveux par un poison qui les imprégne, constituent un nouvel argument contre la conception suivant laquelle les troubles dits réflexes pourraient résulter d'une simple immobilisation. Elles tendent aussi à montrer que ces contractures ne sont pas la conséquence directe des lésions périphériques produites par le traumatisme, mais qu'elles impliquent une perturbation des centres nerveux, et c'est là, d'ailleurs, l'idée principale qu'implique la pathogénie « réflexe. » Il n'y aurait pas lieu non plus d'opposer la pathogénie « réflexe » à la pathogénie « sympathique », les deux se concilient, la vaso-constriction résultant d'une action réflexe empruntant la voie du sympathique. »

Ainsi, pour nous résumer, une perturbation inconnue des centres nerveux aurait résulté non pas de façon directe des suites du traumatisme, et aurait pourtant amené des phénomènes véritablement organiques !

Ceci ne peut-il pas se produire dans l'Hystérie également, et les troubles vaso-moteurs en particulier, dont nous parlions précédemment, méritent-ils vraiment dans ces conditions d'être bannis du cadre des symptômes hystériques ? Voici une question que nous pouvons poser ici à l'égard des conceptions de Babinski. — A l'heure actuelle la solution à cette question ne semble pas avoir été donnée.

CHAPITRE III

Position prise par Janet

Janet, comme filiation directe et comme date, relève de l'Ecole de Charcot. Il a étudié la question de l'Hystérie sans s'être laissé influencer par les conceptions de l'époque. En 1892 (1) il publie un ouvrage intitulé : « L'état mental des Hystériques. » Poursuivant ensuite son étude sur cette question, nous le voyons se refuser à accepter les idées émises par son contemporain Babinski. Cette non-concordance de vues va en s'accentuant d'année en année. C'est en 1909 que Janet fait paraître son étude sur les Névroses.

Voici comment il envisage la question de l'Hystérie :

Il est, dit-il, des symptômes hystériques qui sont rares et douteux; par contre il existe un tableau clinique formé par un ensemble de symptômes répondant à des phénomènes hystériques. Ces symptômes nous les retrouvons toujours de nouveau chez une certaine catégorie de malades; ils alternent les uns avec les autres, ont souvent la même origine et finalement la même terminaison.

Partant ainsi, non pas d'une définition, mais de l'observation clinique, Janet présente un premier grand symptôme de l'Hystérie par le tableau même d'un certain délire appelé « les idées fixes à forme somnambulique. » Ce délire ne trouve pas son pareil parmi les autres maladies mentales. Il est à caractères bien définis. Retenons, que pendant son développement, le sujet non seulement ne croit rien, n'accepte rien qui soit en opposition avec son idée dominante — comme cela se voit dans les délires systématiques — mais

(1) Charcot est mort en 1893.

il ne voit même rien et n'entend rien en dehors du système d'images de son idée. Quand le délire se termine, le sujet revient à la vie normale et semble avoir complètement oublié ce qui vient de se passer. — Il existe donc de l'amnésie de même qu'il a existé de l'anesthésie; toutes deux, bien que transitoires, sont réelles et non voulues par le sujet qui ne connaît que l'idée fixe de l'événement auquel il pense dans son délire.

Janet résume ce premier grand symptôme de l'hystérie en disant : « C'est une idée, un système d'images et de mouvements qui échappe au contrôle et même à la connaissance de l'ensemble des autres systèmes constituant la personnalité. »

Parlant du langage, phénomène très voisin de l'idée, Janet nous montre qu'au moment des crises de logorrhée le sujet ne peut plus arrêter la parole, mais ne peut plus non plus la produire volontairement; à son avis, les phénomènes de mutisme hystérique sont à considérer comme la contrepartie des cas de parole et d'écriture automatiques. Nous voyons donc que dans ces cas la fonction reste intacte, mais que tout se passe comme si elle était placée en dehors de la conscience personnelle du sujet. Le défaut de contrôle se portant sur les mouvements volontaires fera apparaître d'une part des tics et des chorées, d'autre part sa manifestation par des phénomènes négatifs, tels que paralysies et anesthésies.

Les fonctions sensorielles, elles aussi, sont soumises à de l'agitation, déterminant de la douleur et des hallucinations, ou à des anesthésies variées résultant de la perte du contrôle.

Venant enfin à l'étude portant sur le caractère même de l'hystérique, Janet met en évidence comme stigmates pro-

pres à cette maladie : la suggestivité, la distractivité et une certaine mobilité bizarre des phénomènes qui se remplacent facilement les uns les autres d'une manière en apparence équivalente.

Puis Janet met en évidence la notion de l'importance de l'idée dans les accidents hystériques. Charcot l'avait précédemment déjà reconnue en étudiant les paralysies hystériques; il avait vu que le trouble n'était pas produit par un véritable accident, mais par l'idée de cet accident. Janet, lui aussi, compte, parmi le nombre de ses observations cliniques, des cas où la maladie est déterminée par des idées fixes; ceci ne présente rien d'extraordinaire, l'hystérie étant du domaine de la médecine mentale.

Mais, voilà que l'accord entre sa conception et celle de Bernheim, et de Babinski ensuite, ne pourra plus se faire. l'interprétation des phénomènes hystériques faite par Bernheim est reprise par Babinski qui maintenant va formuler une définition de l'hystérie.

En effet, Bernheim avait énoncé ses conceptions en disant que tout phénomène hystérique n'était qu'un phénomène de suggestion déterminé par l'idée que le sujet avait de son accident; et Babinski, se rattachant à ces vues, est allé plus loin en disant : « un phénomène est hystérique quand il peut être reproduit exactement par suggestion et guéri par persuasion. »

Janet s'élève contre cette formule à laquelle il objecte pour commencer qu'il n'était guère possible de caractériser une chose naturelle par les conditions de sa reproduction artificielle plus ou moins exacte. Dans le cas actuel, comme il est question d'accidents à caractère psychologique, on ne pourra tirer aucune conclusion de leur reproduction extérieure. Mais, même cette reproduction par suggestion ne

pourra pas être obtenue sur tous les malades, et nombreux sont ceux qui, suggestibles dans certaines conditions, résisteront par exemple à leur médecin.

Pour terminer Janet trouve qu'on a toujours intérêt à faire un diagnostic précis avant de commencer un traitement et que ce diagnostic étant subordonné à la guérison — d'après la dite formule — n'en devenait que d'autant plus difficile.

Le rétrécissement du champ de la conscience, d'après Janet

De quoi dépend le phénomène de la suggestion ? Au moment où un sujet s'abandonne à une suggestion, il a tout oublié, et ne peut rappeler dans sa pensée aucun souvenir, aucune tendance opposée à l'idée suggérée. Cet arrêt dépend d'un trouble émotionnel, lequel se manifeste par la suppression de tous les phénomènes psychologiques qui, d'ordinaire, s'opposent au développement de l'idée suggérée.

Parlant ensuite de la distractivité — état particulier faisant perdre au malade le souvenir des perceptions — Janet l'interprète comme étant un phénomène analogue au précédent.

Il en est de même d'un troisième stigmate, l'alternance perpétuelle — le remplacement d'un accident par un autre — lui aussi devant être considéré comme un fait du même genre.

Ainsi compris, le rétrécissement du champ de la conscience représenterait une certaine faiblesse morale consistant dans la réduction du nombre des phénomènes psychologiques qui peuvent être simultanément réunis dans une même conscience personnelle.

Passant maintenant à l'étude sur la *dissociation des fonctions* dans l'hystérie, Janet arrive à caractériser l'hystérie comme étant une maladie de la personnalité. Ceci lui permet de résumer son étude sur l'état mental hystérique de la façon suivante :

« L'hystérie est une forme de la dépression mentale caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions qui par leur synthèse constituent la personnalité. »

CHAPITRE IV

Orientation donnée par Freud

Il est intéressant de noter que c'est à l'étude des névroses que Freud s'est d'abord attaché dans sa psychanalyse, mais c'est dans celle de l'Hystérie en particulier que celle-ci a obtenu ses premiers succès.

Freud part de l'idée que tous les symptômes névrotiques résultent de troubles sexuels. Alors que pour lui le rêve et les actes manqués ont un « sens », tout symptôme névrotique n'en a pas nécessairement un. D'après lui, il est des névroses dont les symptômes sont purement organiques, relèvent de processus physiologiques et n'ont, par conséquent, aucun sens, aucune signification psychique.

En d'autres névroses, au contraire, les symptômes, manifestations psychiques du trouble sexuel, ont un sens. Ainsi, au point de vue étiologique, les différentes névroses et leurs divers symptômes résultent d'une même cause qui est toujours sexuelle. Mais, il y a lieu, au point de vue de l'interprétation, de distinguer entre les symptômes, suivant qu'ils seraient organiques ou psychiques : seuls ces derniers auraient un sens et se prêteraient, par conséquent, entièrement et sans réserve à l'intervention psychanalytique.

Guidé par ce raisonnement, il distingue actuellement trois types fondamentaux de maladies névrotiques :

1° les névroses actuelles, qui comprennent la neurasthénie, la névrose d'angoisse et l'hypocondrie;

2° les névroses de transfert, qui sont l'hystérie de conversion, l'hystérie d'angoisse et la névrose obsessionnelle;

3° les névroses narcissiques, qui répondent à nos psychoses et parmi lesquelles figurent, en particulier, la paranoïa et la démence précoce, qu'il propose de réunir sous la désignation commune de paraphrénie.

Pour en revenir à la genèse des névroses, Freud fait jouer un rôle capital à la « libido », ce qui signifie : énergie des instincts sexuels. Il admet que des tendances sexuelles inconscientes, car refoulées, répondent aux divers fixations sur lesquelles la libido se replie au cours de la lutte, se heurtant à la censure du moi, qui leur interdit justement l'accès de la conscience et la possibilité de se déployer ouvertement, d'afficher leur but et leur objet.

Tant les tendances inconscientes de la libido, tant celles du moi exigent à la fois, bien que contradictoirement, satisfaction. De là résulte le symptôme, lequel serait un compromis entre les exigeances du moi et celles de la libido. Ainsi pourrait être donnée satisfaction au désir sexuel inconscient sans éveiller toutefois les susceptibilités du moi, et par suite, satisfaire également les tendances du moi sans décevoir absolument la libido. Le symptôme résultant de la lutte entre la libido et le moi, opérerait en même temps la réconciliation entre ces deux forces adverses en présence, et c'est ainsi que pourrait s'expliquer la « capacité de résistance » du symptôme.

Arrêtons-nous là et laissons à Freud et à son école le privilège de la hardiesse et de l'originalité de pareilles conceptions.

Nous nous contenterons de reproduire à cet endroit quelques objections bien justifiées faites par Kraepelin, le grand psychiâtre allemand, au sujet de la génèse des manifestations hystériques, selon **Freud.**

Il ne comprend pas, en effet, comment on pourrait admettre l'existence d'une relation entre le développement des symptômes hystériques et la lutte de l'individu pour refouler au plus profond de son être ses envies sexuelles. Ne voyons-nous pas journellement défiler devant nous des malades véritablement hystériques et qui pourtant sont loin de jamais s'être imposé la moindre restriction sexuelle ? Ne trouvons-nous pas bon nombre d'hystériques parmi les prostituées même ! Comment se fait-il, par ailleurs, que là où le refoulement existe, tel chez des prêtres, des religieuses, des marins, des soldats en temps de guerre, etc., nous ne trouvions guère de cas d'hystérie !

Par contre, pour peu que nous sachions observer, nous verrons toujours de nouveau des chocs émotifs — de quelque nature qu'ils soient — déclencher brusquement des manifestations hystériques, là, où le terrain en est déjà créé.

CHAPITRE V

Position prise par Kretschmer

Cet auteur a traité la question de l'hystérie dans son « Manuel Théorique et Pratique de Psychologie Médicale » de 1927.

Pour lui il est un fait bien établi, savoir : la coopération étroite existant entre l'affectivité et le système nerveux végétatif. Ceci même fait ressortir nettement le rapport existant entre corps et âme. C'est par l'intermédiaire du système nerveux végétatif que, dans l'hystérie, des sentiments et des représentations affectives se transforment en symptômes somatiques. D'autre part beaucoup d'affections en apparence purement corporelles, affections internes ou gynécologiques, se révèlent à une analyse psycho-pathologique approfondie comme susceptibles de subir, par l'intermédiaire du système nerveux végétatif, des influences psychiques et, dans beaucoup de cas, comme étant surtout de nature psycho-neurotique.

Non moins étroits que ses rapports avec le système nerveux végétatif sont ceux que l'affectivité présente avec le système des glandes endocrines.

Prenant pour exemple la glande séminale, on peut dire qu'elle joue un rôle décisif dans la formation et l'orientation du tempérament. C'est la sexualité psychique qui est un des éléments constitutifs essentiels de l'affectivité totale.

Pour Kretschmer la crise hystérique constitue une réaction instinctivement finaliste et défensive. Le sujet hystérique se trouve dans une situation désagréable, et il est poussé par tous ses désirs et toutes ses craintes à s'y soustraire, à se

mettre dans une situation plus favorable. Il faut cependant distinguer entre des manifestations névrotiques entretenues par un motif finaliste sérieux et celles qui ne doivent leur naissance qu'à une sorte de bouderie plus ou moins passagère, peu profonde, contre des circonstances de milieu défavorables. Dans ce dernier cas, la maladie sera moins réfractaire que dans le premier.

En traitant la question délicate de l'expertise sociale d'un hystérique, l'auteur dit notamment : « Les médecins sont unanimes à reconnaître que la volonté n'est pas tout à fait étrangère à la constitution de l'état hystérique. »

Si donc un hystérique devient malade, c'est parce qu'il veut être malade, et, juridiquement parlé, il faudra se poser la question:

Qui est responsable des préjudices matériels résultant de l'état hystérique? Est-ce l'hystérique lui-même qui, dans une certaine mesure, *veut* sa maladie, ou son employeur qui, en raison des lésions objectives que l'hystérique avait subies au cours de son travail (accident de travail, choc de guerre), avait ammené celui-ci à vouloir sa maladie?

D'après l'auteur, la réponse à cette question variera d'un cas à l'autre, car pour lui l'hystérie va de la simulation pure et simple à des états morbides incontestablement graves.

CHAPITRE VI

Conceptions de Kraepelin

Nous rencontrons l'Hystérie dans les deux sexes, mais généralement en plus forte proportion chez la femme. Le rapport du sexe masculin au sexe féminin est variable suivant les auteurs. Il serait de:

1:5 pour Jolly, Holst,
1:3,5 pour Brunner,
1:2-3 pour Gilles de la Tourette,
1:2 pour Pitres,
1:1,9 pour Kraepelin.

Ceci s'explique si nous considérons ces liens intimes reliant cette maladie à l'état d'affectivité du malade ; or l'affectivité est généralement plus grande chez la femme que chez l'homme. Francotte déjà avait désigné l'hystérie comme étant une « amplification de la mentalité féminine habituelle ». Chez la femme, l'hystérie peut donc être considérée comme étant le résultat d'une forme spéciale du développement normal de sa mentalité, alors que chez l'homme le terrain à cette affection devra être préparé par un « degré d'infériorité psychopathique » (psychopathische Minderwertigkeit). Ceci coïncide avec le fait d'observation courante que chez l'homme on rencontre le plus souvent une forte tare mentale héréditaire, généralement due à l'alcoolisme, alors que chez la femme atteinte d'hystérie on retrouve cette affection fréquemment chez les parents déjà, ou chez des frères et sœurs. Le tableau clinique de cette maladie n'est pas tout à fait le même chez les deux sexes. Chez la femme il est en général bien plus riche en symptômes et nous y retrouverons de beaux troubles de la sensibilité cutanée,

des cas nets de contraction et de paralysie hystérique, alors que chez l'homme ce sont surtout les « grandes attaques » qui sont le symptôme le plus fréquent. Quels sont maintenant les agents qui déterminèrent l'apparition d'accidents hystériques. Parmi eux, Kraepelin cite les suivants :

Décès ou maladies graves de proches parents, déceptions et déboires de tous genres, grandes frayeurs, chutes, blessures, états de colère, disputes, emprisonnement, etc.

Vu la présentation, la nature et l'évolution des différents accidents hystériques, Kraepelin propose d'admettre cinq groupes principaux parmi les formes que revêt cette maladie. On retrouve une première forme chez des enfants et des adolescents, forme que l'on pourrait dénommer: l'hystérie de la période du développement.

Leur seconde forme grouperait les individus présentant nettement un « infériorité psychopathique ».

Leur troisième forme comprend les cas où l'abus d'alcool est à incriminer, et peut être appelée forme toxique.

Leur quatrième forme serait due à des accidents de tout genre.

Leur cinquième forme, finalement, comprendrait « l'hystérie pénitentiaire ».

Caractères de la maladie:

Pour Kraepelin, l'hystérie est une affection mentale qui, d'une façon générale, est caractérisée par l'extraordinaire facilité et la prodigieuse rapidité par lesquelles l'affectivité du sujet influera non seulement son état d'âme tout entier, mais sera à même de provoquer des manifestations multiples et bizarres simulant à s'y méprendre de véritables lésions organiques. Ainsi peuvent apparaître brusquement des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, des paralysies,

des tremblements, des crampes, des troubles visuels, auditifs, des troubles de la parole, des troubles vaso-moteurs et glandulaires, etc. — La particularité acquise de l'hystérique consiste dans ce rapport tout spécial entre son état d'âme et les manifestations organiques qui en résultent. Le malade est l'esclave d'une affectivité franchement maladive laquelle fait de lui un hystérique.

Voyons, pour commencer, comment, déjà chez un sujet normal, l'affectivité peut manifester son influence sur les fonctions en général.

Une grande frayeur peut nous faire pâlir, fera pousser des cris à certains, rendra muets d'autres, paralysera nos membres pour une courte durée, nous coupera la respiration au premier moment, nous avons l'impression que notre cœur va s'arrêter, une sensation de froid nous saisit, des gouttes de sueur perlent sur notre front.

La peur peut accélérer notre course et on dit fréquemment qu'elle nous a donné des ailes! Mais, nos mouvements sont incertains, nous tremblons, bégayons, ou ne trouvons pas de paroles du tout; un petit bruit déjà nous fait tressaillir, claquer des dents, la gorge nous serre, une sueur profuse nous recouvre tout entier, repiration et pulsations vont en s'accélérant, des coliques intestinales nous incommodent et il n'est pas rare de voir survenir un relâchement du sphincter vésical ou anal.

Une simple colère peut provoquer des manifestations multiples. Les muscles se contractent, les veines se gonflent, la voix s'étrangle; comme sourd et aveugle, le sujet insensible à la douleur « râle » de fureur.

Qui est sans connaître les crises de désespoir où les sujets sont parfois comme pris d'un accès de rage, se prennent par les cheveux, se labourent inconsciemment le visage

avec leurs ongles, se frappent la tête au mur ou même se vautrent sur le sol ?

Un chagrin nous privera de sommeil et d'appétit, les forcent nous quittent rapidement.

Une joie par contre, de l'espoir, de l'enthousiasme, amplifiant nos pulsations, nous donnent des forces nouvelles! — les exemples pris au hasard et tirés de la vie courante, devront nous montrer l'étroitesse de rapport entre l'affectivité et ses manifestations organiques multiples, chez le sujet passant pour être normal. Prenons l'hystérique maintenant, et nous verrons chez lui ce rapport — cette relation de cause à effet — accentuée et prendre des proportions telles, que l'anomalie en devient évidente. Doté d'une sensibilité extrême, les réactions ainsi produites seront à forme grave et de longue durée.

Stigmates de l'hystérie

On a conservé l'habitude de désigner par ce terme un certain nombre de signes physique ou mentaux aisément constatables. Les stigmates hystériques ne correspondent à aucune lésion du système nerveux central ou périphérique et ne présentent de ce fait ni la fixité, ni la topographie d'une lésion nerveuse.

Anesthésies hystériques

Ce sont des insensibilités bizarres que présentent certains malades. Connues depuis fort longtemps, elles constituaient ces marques qu'on appelait les griffes du diable et que l'on recherchait chez les possédés pour pouvoir les envoyer au bûcher en toute sûreté de conscience. La plus communément, nous observons l'anesthésie à la douleur, l'anal- de toucher ou les changements de température, il ne réagit gésie; tandis que le sujet continue à sentir les impressions

pas aux excitations qui, d'ordinaire, provoquent de la douleur.

Lasègue déjà avait remarqué que des anesthésies très étendues et très complètes sont souvent ignorées par les malades, parce qu'elles ne les gênent pas et ne provoquent pas chez eux les accidents nombreux qui se produiraient fatalement si la sensibilité était en réalité abolie dans les zones anesthésiées.

Disons ici que dans l'ordre décroissant de la fréquence on rencontre l'hémianesthésie gauche, les anesthésies limitées à certaines zones, puis les anesthésies généralisées.

Hyperesthésies

Plus rares que les précédentes, elles en ont les mêmes caractères, surviennent rapidement, sont très capricieuses et peuvent disparaître spontanément. Souvent elles voisinent avec des zones d'anesthésie.

Anesthésies sensorielles

Notons, sans pouvoir entrer dans les détails de la description, parmi les troubles visuels constatés chez les hystériques:

de l'asthénopie accomodative, de l'amblyopie, de la dyschromatopsie, le rétrécissement du champ visuel, de la perte de la fonction binoculaire, de l'amaurose unilatérale, de la cécité hystérique.

Les troubles sensoriels portant sur l'ouïe, le goût et l'odorat se rencontrent plus rarement.

Paralysies

Tout le monde est tombé d'accord aujourd'hui pour reconnaître que leur originalité réside en ce qu'elles n'atteignent ni les nerfs, ni les muscles. Ceci est prouvé entre

autres par l'examen électrique, lequel fournira des réponses normales aux réactions d'excitation. — Le malade accuse son impotence à exécuter certains mouvements. Rappelons à ce supet, que Blocq a été le premier à décrire la forme particulière appelée « Astasie-Abasie ».

Contractures

Leur bizarrerie de caractère a bien souvent été la cause d'erreurs de diagnostic et le sujet qui en était atteint a été pris pour un simulateur.

Très tenaces, elles peuvent disparaître pendant le sommeil normal ou céder sous l'influence de l'anesthésie chloroformique ou du sommeil hypnotique.

Il n'est pas rare de les voir apparaître à la suite d'une cause insignifiante.

Troubles trophiques

Alors que Babinski les chasse du cadre de l'hystérie, Kraepelin constate que bien souvent quand ils existent, ils ont pour cause l'automutilation, ce qui démontre une fois de plus l'état mental tout particulier de nos malades.

L'attaque hystérique

Nous ne reparlerons pas ici de la « grande attaque » étudiée par Charcot à la Salpêtrière, et précédemment décrite.

Kraepelin, après avoir décrit l'attaque hystérique telle qu'elle se présente ordinairement, passe à l'étude des états crépusculaires présentés par certains de nos malades. Ceux-ci sont plongés dans un état d'inconscience, lequel peut le mieux être rattaché au somnambulisme dont beaucoup d'entre eux sont même atteints

Dans une forme spéciale de ces états crépusculaires décrite par Ganser en 1897, et portant son nom, nous retrou-

verons nettement certaines stigmates de l'hystérie. Ici aussi nous dit Ganser, le malade est presque toujours insensible à la douleur provoquée par piqûre avec épingle. Le champ visuel est rétréci, il y a des tremblements, des troubles de la démarche, de la parole, etc.

C'est la forme décrite par Kraepelin sous le nom d'« hystérie pénitentiaire ».

Nous arrêtant là dans la reproduction succincte des idées de Kraepelin sur l'hystérie, nous en retiendrons avant tout l'importance attachée par cet auteur à l'affectivité maladive de ces sujets, puis à l'ignorance qu'ils présentent le plus souvent à l'égard de certains de leurs troubles. Ceci seul suffira à nous faire comprendre par la suite que l'hystérique n'est pas un simulateur, ni un malade dont on pourra opérer la guérison de son état mental en faisant disparaître certains de ses symptômes par l'effet de la suggestion.

CHAPITRE VII

1°)

Remarques et opinion personnelle

Nous avons fait cette étude sur la question d'hystérie et de simulation à l'aide d'un matériel abondant; nous avons examiné de nombreux malades appartenant à des services différents.

Ce qui nous a frappé tout d'abord c'est la grande facilité avec laquelle ces sortes de malades sont soit méconnus, soit mal interprétés. Nous ne sommes pas les seuls à faire cette constatation et nous rappelerons, entre autres, à ce sujet une communication faite par Cl. Vincent en 1926 à la Société de Neurologie, dans laquelle il relate le cas d'une femme présentant des troubles labyrinthiques; après l'avoir trépanée deux fois pour tumeur du cervelet, on a dû constater, hélas! qu'elle était une simple hystérique et rien de plus. Ce ne sont naturellement pas des cas qu'un auteur public volontiers. On publie plutôt les cas d'autrui !

A notre avis de pareilles erreurs de diagnostic doivent être attribuées à une tendance actuelle. Orienté par les publications de Babinski, on néglige presque de parti-pris tout diagnostic d'hystérie et tout diagnostic différentiel avec l'hystérie.

L'hystérie est une maladie qu'on ne pourra jamais rayer du cadre de la pathologie interne ; elle est une affection appartenant au domaine de la psychiatrie; elle n'a rien à voir avec la simulation.

Sous le nom de simulation, nous classons les exagérations et fausses allégations *volontaires* que pourrait afficher dans un but intéressé un sujet psychiquement normal.

En étudiant nos malades, nous avons cherché quelle pouvait être parmi les conceptions des grands maîtres en la matière, celle, se rapprochant le plus du tableau fourni par nos observations.

Parmi ceux-ci Kraepelin tient une place de tout premier rang et c'est à son étude que nous avons pris à cœur de nous rattacher.

Partout nous avons retrouvé chez nos sujets une affectivité pathologique comme la base de toute manifestation hystérique; pour que cette dernière puisse se produire, il faut une prédisposition de terrain. Un sujet présentant une affectivité exagérée ne doit pas cette infirmité à un manque de volonté, à un laisser-aller ou à une simulation voulue et intentionnelle, mais à un état constitutionnel.

Le sujet sera souvent plus suggestible qu'un autre, mais ceci ne saurait en rien impliquer un rôle actif quelconque de sa volonté consciente.

En comprenant la question de l'Hystérie de cette façon, nous allons présenter maintenant une observation récente tirée de notre dossier, présentant un cas d'hystérie répondant à la forme la plus commune.

2°)

Etude d'un cas clinique d'Hystérie

Observation

M. . ., jeune soldat, âgé de vingt ans, nous a été envoyé au service une première fois le 7 juin 1929 avec la mention : présente des crises épileptiformes.

Les renseignements que nous avons pu depuis nous procurer sur ce malade nous ont permis de reconstituer assez exactement son passé.

Voici son histoire :

Il est né en 1909. Sa mère, au 4e mois de la grossesse, a fait une abondante métrorrhagie et a été constamment souffrante En 1908 le père avait été soigné pour asthénie. — L'enfant se porte bien. Dès l'âge de 3 ans il fait preuve d'une imagination peu commune avec besoin de se montrer brave. Très violent par moment, il est pris d'accès de tendresse après.

De l'âge de 7 à 9 ans, il s'adonne cœur et âme à la lecture, fait mal ses devoirs pour la classe et s'échappe de chez lui chaque fois que sa mère a tourné le dos, afin de ne pas être obligé de travailler. Souvent même il ne rentre pas pour les repas, mais lorsqu'il revient, il demande pardon chaque fois. De 10 à 13 ans, il est élève d'un lycée; il ne peut y rester plus longtemps, car il ne cesse de faire l'école buissonnière. Il n'est jamais en peine pour inventer de toutes pièces des histoires invraisemblables expliquant ses absences.

A 15 1/2 ans, il va chercher du travail et est employé successivement dans plusieurs maisons; il veut tout le temps du changement et accuse une instabilité qui effraye ses parents. Il devient d'une susceptibilité maladive, est grossier, violent et par moment intraitable.

Rêvant d'une vie pleine d'aventures, il accepte une situation en Indo-Chine, mais revient en France après quelque temps déjà. Il s'était fait imprimer là-bas des cartes de visites à son nom — nous en possédons un exemplaire — additionnées de titres honorifiques bizarres.

A 18 ans il s'engage comme volontaire dans l'armée. Il est envoyé en Syrie où il fait du paludisme en 1927. A partir de ce moment, il fait des accès pendant lesquels il lui arriverait de contracturer ses membres; il prétend ne pas pouvoir se servir de ses mains à ce moment-là.

De retour en France, il continue à faire quelques rares crises et c'est à cette occasion qu'il nous est adressé une première fois; pouvant reprendre son service, il nous quitte après quelques jours.

Le 20 novembre 1929, il fait une demande pour être envoyé au Maroc. Celle-ci restant quelque temps sans réponse, il fait une dépression.

Revenant de permission, il rejoint son régiment à Strasbourg, mais se décide brusquement à quitter cette ville sans permission, se rend à Colmar, puis revient à Strasbourg. Il a eu l'intention, nous dit-il, de se rendre en Suisse, mais l'idée de causer des ennuis à ses parents l'en a finalement retenu. A peine de retour que, vers les 1 heure du matin, il tente de s'ouvrir les veines du bras, mais ne réussit pas; puis il essaye de se pendre au moyen de son cache-col, au coin d'un bâtiment voisin à l'hôpital. Des amis à lui arrivent à temps pour le dégager. Il est admis au service une 2e fois. Depuis 2—3 mois, nous dit-il, il a fréquemment des idées de suicide.

Le 4 décembre 1929, après une phase de malaise, il fait une crise dans son lit, suivie de chute sur le sol; la durée totale est d'environ 3/4 d'heure. Durant les premières 15 minutes, il fait de grandes gesticulations, puis surviennent des ronflements pendant lesquels il ne se débat plus; il a de l'écume aux lèvres, ne s'est pas mordu la langue, n'a pas émis d'urine. Au réveil, il accuse de l'amnésie, puis retombe dans une période de sommeil.

Ceci serait, d'après le malade, la 4e grande crise de ce genre.

Le 6 décembre 1929 il refait une crise, tombe du lit et continue à dormir sur le plancher.

Examen du malade

L'examen du sang a été fait dès juin 1929 et n'a décelé aucun hématozoaire. Ceci a permis d'écarter le diagnostic d'accidents paludéens tardifs. Bien que le malade accuse de la fatigue et des douleurs dans la nuque, nous ne constatons aucune raideur.

Aucune lésion au point de vue organique. Parmi les réflexes, notons :

les rotuliens un peu vifs,

le Babinski négatif,

réflexes lumineux normaux.

Par contre, nous trouvons :

de l'hypoesthésie de tout le côté gauche,

anesthésie du pied et de la jambe gauche,

anesthésie de la région hypogastrique et du flanc gauche,

hypoesthésie pharyngée (réflexe pharyngé faible),

hypoesthésie conjonctivale.

Diagnostic et Discussion

Nous sommes en face d'un beau cas d'hystérie confirmé par les stigmates de la maladie ainsi que par une mentalité maladive spéciale, ressortant déjà nettement de l'histoire du développement du sujet.

L'idée d'une affection organique n'a trouvé aucune confirmation. — En ne faisant qu'un examen rapide, on aurait pu un instant penser à de la simulation. Ceci eût été d'autant plus probable que le sujet est dans l'attente des sanctions faisant suite à une faute d'ordre disciplinaire.

L'examen complet du malade étant en accord parfait avec notre conception de l'Hystérie, nous nous arrêtons définitivement à ce diagnostic.

Conclusions

Babinski a sculpté les frontières de l'Hystérie. En cela son œuvre fut parfaite et restera définitive.

Par contre, l'interprétation qu'il s'efforce de donner de cette névrose paraît bien insuffisante, bien peu défendable.

A notre avis, elle est destinée à disparaître. Elle a le gros inconvénient d'éliminer pratiquement l'Hystérie du nombre des diagnostics possibles. Il en résulte que les hystériques sont des malades trop souvent méconnus.

Le diagnostic de l'Hystérie est du domaine de la psychiatrie.

Une erreur à ne plus commettre — à notre avis — consiste à considérer la simulation comme rentrant dans le tableau clinique de l'Hystérie.

Un simulateur allègue consciemment des troubles organiques ou mentaux, dans le but d'induire en erreur. On pourrait dire de lui qu'il est conscient de ses mensonges, tout en pouvant être un taré au point de vue psychique.

Ici encore ce sera le psychiâtre qui aura à se prononcer et à faire le diagnostic différentiel entre le simulateur psychiquement normal et le simulateur chez lequel un état psychopathique réel préexiste aux manifestations constatées.

La position prise par nous est-elle un recul? Nullement, et nous nous en défendons. C'est un effort d'orientation vers un juste milieu proche de la réalité clinique.

VU
Le Président de Thèse :
CHAVIGNY.

VU
Le Doyen de la Faculté de Médecine :
ANCEL.

VU et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg :
Ch. PFISTER.

INDEX BIBILIOGRAPHIQUE

BABINSKI. — De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques. Archives de Neurologie, 1886, n° 34 et 35.

Hypnotisme et hystérie. Gazette hebdomadaire, juillet 1891.

Association de l'Hystérie avec les maladies du système nerveux, les névroses et diverses autres affections. Société de Méd. des Hôp., 11 novembre 1892.

Contractures organique et hystérique. Soc. Méd. Hôp., 5 mai 1893.

Sur la définition de l'Hystérie. Congrès de Lausanne, août 1907.

Quelques remarques sur le mémoire de M. Gordon, intitulé : « Troubles vaso-moteurs et trophiques de l'hystérie. » Revue Neurologique, 30 octobre 1908.

Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme. Semaine médicale, 6 janvier 1909.

BABINSKI et FROMENT. — Hystérie — Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe.

BERNHEIM. — Comment je comprends le mot Hystérie. Bulletin Médical, 2 mars 1907.

BLOCQ. — Sur une affection caractérisée par l'astasie-abasie. Archives de Neurologie, 1888.

BOISSEAU. — Traité des Maladies simulées, 1870.

CHAVIGNY. — Les maladies méconnues. Anesthésie et Analgésies hystériques. Paris Médical, 26 février 1916.

— Diagnostic des Maladies simulées, Paris 1906.

CHARCOT. — Spasme glosso-labié unilatéral. Semaine médicale, 1887.

— Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1886—1889.

— Leçons sur les maladies du système nerveux.

DERBLICH. — Maladies simulées dans l'armée et les moyens de les reconnaître, 1883.

FREUD. — Le rêve et son interprétation.

— Ma Vie et la Psychanalyse.

— Psychanalyse et Médecine.

GILLES DE LA TOURETTE. — Die Hystérie nach den Lehren der Salpêtrière, deutsch, von Gruber, 1894.

JANET. — L'état mental des Hystériques.

— Les Névroses, 1927.

J. et RAYMOND. — Névroses et idées fixes.

KRAEPELIN. — Psychiatrie, 8. Aufl., 1915.

KRETSCHMER. — Manuel théorique et pratique de Psychologie médicale, Paris 1927.

PITRES. — Leçons cliniques sur l'Hystérie et l'Hypnotisme, 1891.

RAIMANN. — Die hysterischen Geistesstörungen, 1804.

RAIMIST. — Hystérie, 1913.

RICHER. — Etudes cliniques de la grande hystérie, 1885.

SAND. — La Simulation et l'Interprétation des Accidents de Travail, 1907.

SCHNYDER. — Revue Neurologique, 1907.

SOLLIER. — Genèse et nature de l'Hystérie, 1897.

TOMMELINI. — La Simulation, 1875.